CDG PRÉVOYANCE الاحتياط CNRA RCAR

DEMANDE D'ALLOCATION D'INVALIDITÉ
طلب معاش الزمانة

N° D'AFFILIATION : رقم الانخراط

Nom et prénom de l'affilié (e) — الاسم العائلي والشخصي للمنخرط (ة)

Adresse — العنوان
Appartement
Immeuble / Résidence

Rue / Boulevard — زنقة / شارع

Quartier — حي

Ville — المدينة
Code postal — الرمز البريدي

E-mail[1] — البريد الإلكتروني
N° Tél[1] — رقم الهاتف

Je déclare sur l'honneur que l'incapacité dont je suis atteint est une — أصرح بالشرف أن العجز الذي أصابني هو

Incapacité accidentelle	☐	عجز إثر حادثة	Incapacité naturelle	☐	عجز طبيعي

Situation familiale (Veuillez cocher la mention correspondante) — الوضعية العائلية (المرجو ملأ المربع المناسب)

Célibataire ☐	عازب(ة)	Marié (e) ☐	متزوج(ة)	Divorcé (e) ☐	مطلق(ة)	Veuf (ve) ☐	أرمل(ة)

Conjoints — الأزواج

الصف Rang	الاسم العائلي والشخصي للزوج (ات) Nom et prénom du (ou des) conjoint(s)	سنة الازدياد Année de naissance	هل يتقاضى الزوج(ة) التعويضات العائلية Le conjoint perçoit-il les allocations familiales ? Oui نعم	Non لا
1		A A A A	☐	☐
2		A A A A	☐	☐
3		A A A A	☐	☐
4		A A A A	☐	☐

Enfants à charge âgés de moins de 27 et éventuellement infirmes — الأطفال البالغين أقل من 27 سنة وكذلك الأطفال المعاقين

الصف Rang	الاسم الشخصي للأطفال (من الابن الأصغر إلى الابن الأكبر) Prénom des enfants (classés du plus petit au plus âgé)	تاريخ الازدياد Date de naissance
1		J J M M A A
2		J J M M A A
3		J J M M A A
4		J J M M A A
5		J J M M A A
6		J J M M A A

Si vous avez plus de 6 enfants, veuillez cocher cette case ☐ — في حالة عدد الأطفال يفوق 6، المرجو ملأ المربع قبالته

Avez-vous une couverture médicale ? — هل لديكم تغطية صحية

Oui نعم ☐	Non لا ☐

رقم التسجيل في التعاضدية (*) Numéro d'immatriculation mutuelle (*)	اسم الهيئة التعاضدية (2) Organisme mutualiste (2)		
	MGPAP	Assurance Groupe	Autre à préciser
	☐	☐	

(1) Afin de faciliter le contact et les échanges avec vous, prière de renseigner votre numéro de téléphone et votre email.
(2) Dans le cas où cette zone ne peut être renseignée, joindre une copie de la carte d'adhésion à la mutuelle.

(1) من أجل تسهيل الاتصال والتبادلات معك ، يرجى إدخال رقم هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني.
(2) في حالة تعذر ملء هذه الخانة، المرجو إرفاق صورة شمسية من بطاقة الانخراط في التعاضدية.

Avez-vous cotisé à un (ou plusieurs) régime(s) de retraite ?	هل سبق لكم أن انخرطتم في نظام (أو أنظمة) آخرى) للتقاعد ؟
Non ☐ لا	Oui ☐ نعم

Dénomination du régime de retraite			Numéro d'immatriculation à ce régime	Ce régime vous sert-il déjà une pension ?	
CNSS	CMR	Autres		Oui نعم	Non لا
☐	☐	☐		☐	☐

اسم نظام التقاعد | رقم التسجيل في هذا النظام | هل يمنح لكم هذا النظام معاشا ؟

Cadre réservé à l'employeur — إطار خاص بالمشغل

Je soussigné	**أنا الموقع أسفله**
Adhèrent au RCAR sous N°	**المنضم في النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد تحت رقم**
Atteste que Mr (Mme)	**أشهد أن السيد (ة)**
Recruté(e) auprès de nos services depuis le	**المستخدم(ة) لدى مصالحنا منذ تاريخ**
Titularisé ou proposé à la titularisation dans le cadre de la fonction publique à compter du	**المرسم أو المقترح للترسيم في إطار الوظيفة العمومية إبتداء من**
Est rayé (e) des cadres à compter du	**تم حذفه(ا) من الأطر ابتداء من**
N° téléphone employeur	**رقم هاتف المشغل**
N° de fax employeur	**رقم فاكس المشغل**
E-mail	**البريد الإلكتروني**

J J M M A A

Observations — ملاحظات

.....

.....

Signature et cachet de l'organisme employeur — إمضاء وخاتم الهيئة المشغلة

Signature de l'affilié ou de son représentant légal — إمضاء المنخرط أو ممثله القانوني

J'atteste par le présent, l'exactitude de toutes les informations fournies, et déclare avoir pris connaissance des conséquences, en cas de déclaration incorrecte, conformément à l'article 366 du Code pénal marocain.

أقر بموجب هذا الطلب بدقة جميع المعلومات المقدمة، وأصرح بأنني قد علمت بالعواقب في حالة وجود معلومات غير صحيحة، وفقًا للمادة 366 من قانون العقوبات المغربي.

Fait à....., le .....

حرر في.....، بتاريخ.....

Pièces à joindre obligatoirement à cette demande — الوثائق الواجب إرفاقها مع هذا الطلب

- ☐ Photocopie recto verso de la Carte Nationale d'Identité Electronique non expirée à la date de dépôt du dossier ;[1]
- ☐ Extrait d'acte de naissance des enfants âgés de moins de 27 ans
- ☐ Chèque barrée ou une attestation bancaire originale cachetée et signée portant le RIB de 24 chiffres
- ☐ Certificat médical de l'enfant en cas d'invalidité
- ☐ Déclaration sur l'honneur de célibat de l'enfant invalide
- ☐ Certificat de résidence (en cas de paiement de la pension hors du Maroc)
- ☐ Certificat de radiation du registre consulaire pour les étrangers ayant quitté le Maroc

(1) Dans le cas où vous ne disposez pas de la CNIE valide, veuillez nous fournir une photocopie de la Carte d'Identité Nationale jointe de l'extrait d'acte de naissance ou d'une copie de votre passeport non éxpiré

- ☐ نسخة لبطاقة التعريف الوطنية الإلكترونية غير منتهية الصلاحية للمنخرط [1]
- ☐ نسخة من عقود ازدياد للأطفال البالغين أقل من 27 سنة
- ☐ شيك ملغى أو شهادة بنكية اصلية، مختومة وموقعة تشير إلى التعريف البنكي المكون من 24 رقما
- ☐ شهادة طبية للطفل العاجز عن العمل
- ☐ تصريح بالشرف بعزوبة الطفل العاجز عن العمل
- ☐ شهادة السكنى في حالة تسديد المعاش خارج المغرب
- ☐ شهادة الحذف من السجل القنصلي للأجانب الذين غادروا المغرب

[1] في حالة عدم توفركم على بطاقة التعريف الوطنية الإلكترونية، المرجو موافاتنا بصورة شمسية لبطاقة التعريف الوطنية مرفقة بنسخة من عقد الازدياد أو نسخة من جواز سفركم غير منتهي الصلاحية

Commentaires — تعليـــمات

- Prière de mettre une croix ☒ dans la case noire correspondante à votre réponse.
- Veuillez remplir les cases en lettres majuscules, exemple : A M

- المرجو وضع علامة ☒ في المربع الأسود المخصص لكل معلومة.
- المرجو تعبئة المربعات بالحروف اللاتينية، مثال : A M

Les informations recueillies sont nécessaires pour la demande d'Allocation d'Invalidité.
En application des articles 5 et suivants de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, vous bénéficiez **d'un droit d'information, d'accès et de rectification des données incorrectes**.
Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser à l'Entité Conseil Juridique et Conformité : Tél : 05 37 71 80 87 - E-mail : conformite09-08@cdgprevoyance.ma

Adresse de correspondance :

Régime Collectif d'Allocation de Retraite
Centre d'affaires, Avenue Annakhil,
Hay Riad - BP 2038. RABAT
Centre d'appel : 080 100 88 88
N° de FAX : 0537 71 82 38

عنوان المراسلة :

النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد
مركز الأعمال، شارع النخيل، حي الرياض
ص ب : 2038 الرباط
مركز الاتصال : 080 100 88 88
رقم الفاكس : 0537 71 82 38